

BARILOCHE: CONTRASTES OCULTOS EN UN PARAÍSO ALPINO. DESIGUALDADES SOCIO-SANITARIAS EN EL ESPACIO URBANO

BARILOCHE: HIDDEN CONTRASTS IN AN ALPINE PARADISE.
SOCIO-SANITARY INEQUALITIES IN THE URBAN SPACE

RESUMEN

Introducción. La mayor parte de las desigualdades en salud observadas están relacionadas con desigualdades de otros planos de la vida social. Estudios de pequeñas áreas nos permiten visibilizar estos gradientes al descender el análisis a escalas más pequeñas.

El objetivo de este estudio es relacionar la distribución espacial de enfermedad cardiovascular según condiciones de vida y lugar de atención.

Materiales y Métodos. Se caracterizó la ciudad de Bariloche en base a las condiciones de vida de sus vecindarios seleccionando indicadores mediante un análisis factorial. Se ubicó espacialmente a la población atendida por diabetes e hipertensión arterial en los centros de salud. Se relevaron los registros médicos de esta población para analizar sus problemas de salud. Se analizó la distribución de cada dimensión y se calcularon las proporciones de las personas atendidas según condiciones de vida y lugar de atención.

Resultados. Casi la mitad (47,6%) de la población vive en vecindarios con condiciones de vida deficitarias y críticas. El 63,2% de las personas atendidas en centros de salud viven en vecindarios con peores condiciones de vida. Y la identificación de un gradiente positivo: ante peores condiciones de vida, mayor es la proporción de enfermedad cardiovascular.

Discusión. En el espacio urbano se entrelazan condiciones de vida con problemas de salud, configurándose distintas posibilidades de desarrollarlos. Al interior de una ciudad, pertenecer a determinada área implica la posibilidad/imposibilidad de acceder a niveles relativos de satisfacción de necesidades y presentar determinados problemas de salud. Permite identificar grupos y zonas críticas podría ser un insumo para el diseño de políticas públicas.

Palabras claves. Análisis espacial; Enfermedades Cardiovasculares; Disparidades en el Estado de Salud; Condiciones Sociales; Centros de Salud.

ABSTRACT

Introduction. Most of the observed health inequalities are related to inequalities in other contexts of social life. Local studies allow us to visualize these variations on a smaller scale.

Aim. To examine spatial distribution of cardiovascular disease based on the living conditions and geographical location of health-care attention.

Materials and Methods. Bariloche was characterized according to the living conditions of its neighborhoods by the selection of indicators through a factor analysis. The population treated for diabetes or hypertension in health-care centers was spatially distributed. Health problems were obtained from medical records. The distribution of each dimension was analyzed and the proportions of treated individuals according to living conditions and location of health-care attention were obtained.

Results. Almost half (47.6%) of the population lived in neighborhoods with deficient and critical living conditions. Of those individuals treated for diabetes and/or hypertension, 63.2% lived in the neighborhoods with the worst living conditions. A positive gradient was identified: We identified a clear correlation between the overall quality of life and cardiovascular disease.

Discussion. In urban space, living conditions are closely related to health problems, establishing different possibilities to address the latter. In a city, residency in specific neighborhoods informs the possibilities / impossibilities to access to relative levels of needs satisfaction, and to develop certain outcomes. Identification of groups and critical zones could contribute to the development of specific public policies.

Key words. Spatial analysis; Cardiovascular Disease; Health Status Disparities; Social Conditions; Health Centers.

Mónica Serena Perner,
Instituto de Salud Colectiva,
Universidad Nacional de Lanús
Lanús, Argentina.
Universidad Nacional del
Comahue, Argentina.
serenaperner@gmail.com

Marcio Alazraqui,
Instituto de Salud Colectiva,
Universidad Nacional de Lanús,
Lanús, Argentina.

INTRODUCCIÓN

Cada vez es mayor la población del mundo que vive en áreas urbanas, en 1950 representaba el 21% y a comienzos del siglo XXI ya es más de la mitad de la población mundial. La urbanización representa la concentración de la pobreza y el crecimiento de zonas marginales, pero también una posibilidad de escapar de ella¹. Por otro lado, la urbanización influye en el desarrollo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares² con una sustancial variación intraurbana en el riesgo de enfermedad cardiovascular y de muerte en las ciudades, la cual en parte puede explicarse por los patrones de distribución de las desigualdades sociales³⁻⁵. Sumado a esto, en personas que viven con estos problemas crónicos de salud, las desigualdades generan diferentes posibilidades de acceso al sistema de salud y a su seguimiento.

La mayor parte de las desigualdades en salud observadas están directamente relacionadas con las desigualdades de otros planos de la vida social. Las desigualdades en salud generan oportunidades desiguales de disfrutar de los avances científicos y tecnológicos, diferentes posibilidades de exposición a los factores que determinan la salud y la enfermedad; en suma, diferencias entre enfermar y morir⁶.

La complejidad de los procesos sociales que determinan las desigualdades en salud requiere comprender los problemas de salud y su relación con el espacio social en el cual transcurre la vida. Entender el espacio como un lugar donde se producen y reproducen socialmente los individuos es clave para interpretar los procesos de diversificación, fragmentación, exclusión y la desigual apropiación de los factores que definen las condiciones de vida, lo cual tiene su corolario en las desiguales condiciones de salud⁷.

La dimensión espacio puede ser presentada como algo anterior que existe independientemente de la constitución o las acciones de quienes lo habitan, como sustrato de los fenómenos naturales, o desde una visión dinámica, como testimonio de una historia escrita por los procesos del pasado y del presente^{8,9}. El concepto de espacio recupera así su historicidad, la dinámica de sus organizaciones, la complejidad de sus interacciones y la totalidad de su constitución¹⁰.

Los intentos por relacionar las desigualdades sociales con los problemas de salud datan del siglo XVIII y XIX, donde se vinculaba el trabajo y las condiciones de vida con problemas de salud^{11,12}. Luego disminuyó su interés hacia fines del siglo XIX al predominar los

enfoques microbiológicos, y hacia finales del siglo XX cuando se redescubren aquellas discusiones del siglo XVIII: en América Latina desde la Medicina Social y en Reino Unido a partir del Black Report. Es allí cuando se retoman paulatinamente investigaciones que buscan relacionar características de los grupos o los contextos a los cuales los individuos pertenecen con aspectos que afectan su salud^{11,13,14}.

América Latina tiene una larga tradición en abordajes tanto teóricos enmarcada en la Medicina Social como en investigaciones empíricas sobre las desigualdades sociales y su relación con salud, pero una parte de esta literatura queda plasmado en literatura gris (como conferencias, simposios y otras reuniones científicas)¹⁵ y no se encuentra en grandes bases de datos indexadas. Por esta y otras razones, como la falta de inversión y de capacitación, países desarrollados concentran las publicaciones en estas temáticas¹⁶. Dentro de América Latina, estos núcleos están centrados en Brasil, pero con desarrollo en otros países como México, Ecuador y Argentina¹⁷. En Argentina son escasas las investigaciones que analizan características de la distribución espacial y su relación con los problemas de salud. En parte debido a la limitación en los sistemas de información y de sus unidades de medición, siendo más habituales datos y estudios en mayores niveles de agregación (a nivel países o regiones), sin posibilidad de descender a escalas más pequeñas, de las cuales, en el mejor de los casos, se conoce información basada en la promediación, lo cual encubre diferencias y homogeneiza valores que pueden ocultar una amplia dispersión^{18,19}.

Por ello la propuesta de este trabajo fue analizar la distribución espacial de la situación socio-sanitaria, analizando pequeñas áreas al interior de una ciudad de tamaño intermedio. Utilizando diferentes fuentes de información y métodos se busca relacionar la distribución espacial de enfermedad cardiovascular según condiciones de vida y el lugar de atención de estos problemas de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo se realizó en la ciudad de Bariloche, norpatagonia argentina. Con 113.112 personas (censo 2010), se configura como una de las ciudades más pobladas de la Patagonia, con un importante crecimiento poblacional en las últimas décadas, nutrido por migraciones internas e internacionales²⁰.

La ciudad se ubica en el margen sur del lago Nahuel Huapi y tiene discontinuidades espaciales condicio-

nadas por una topografía montañosa y un marcado contraste social que han ido configurando desigualdades socio-espaciales. Una zona de la ciudad se encuentra inserta en un bosque húmedo, bordeando el lago, zona vinculada al turismo, lugar de inserción de migrantes europeos. El resto de la ciudad hacia el sur, donde predomina la estepa, con una población que vive en condiciones muy desfavorables, conocido localmente como “el alto”, donde predomina la inserción de migrante de origen chileno²¹.

Esta fuerte diferenciación social en parte se vincula a trasfondos étnico-culturales e históricos: mientras la ubicación de los migrantes europeos se remonta a la idea de una “Suiza argentina” constituida en el marco de la campaña del desierto a fines del siglo XIX²² (momento de fundación de la localidad), el principal flujo migratorio chileno se vincula a las dictaduras cívico-militares latinoamericanas de la década del ’70 y ’80 del siglo pasado²¹.

Con el objetivo de describir en este contexto local cómo se relacionan las desigualdades socio-sanitarias con problemas de salud, en primer lugar se caracterizó la ciudad en base a las condiciones de vida de su población y se analizó su distribución en el espacio. Luego se ubicó en dicha distribución espacial a una sub-población: aquella atendida en centros públicos de salud por problemas crónicos de salud. Para finalmente relacionar sus problemas de salud con dichas distribuciones espaciales, de las condiciones de vida y de la atención a la salud. En pos de construir y analizar estos tres aspectos de manera articulada fueron empleados una combinación de fuentes de información y de métodos, los cuales serán descriptos a continuación.

a. Distribución espacial según condiciones de vida

Para caracterizar la situación socio-espacial de Bariloche se analizó la distribución de sus vecindarios en base a las condiciones de vida de su población. Para caracterizar las condiciones de vida fue realizado un análisis factorial, metodología estadística que permite determinar qué aspectos o indicadores se relacionan con constructos que no pueden definirse con un solo aspecto, dichos constructos se determinan “dimensiones latentes” (no directamente observables) denominadas factores^{23,24}.

Para este análisis fueron seleccionados indicadores a nivel de los hogares y a nivel poblacional que describen la situación demográfica y socioeconómica a partir de datos del Censo 2010²⁵ para cada radio censal: división territorial entre 200 y 400 viviendas empleados

como proxi de los vecindarios. Los indicadores de los hogares fueron: calidad de conexión a servicios básicos insuficiente, baja calidad de los materiales de pisos y techos, calidad constructiva de la vivienda insuficiente, hacinamiento crítico, hogares con una persona. Los indicadores a nivel poblacional fueron: bajo nivel educativo, adultos mayores, desocupados, inmigrantes, densidad poblacional (Anexo 1).

Los indicadores que definen las condiciones de vida fueron seleccionados utilizando el análisis de componentes principales como método de selección de factores. Entonces luego de seleccionar qué aspectos conformaron cada factor, se elaboró un score para el primer factor a partir de la sumatoria de valores z de cada indicador que lo compone³. Luego de obtener el rango de valores del score se calcularon quintiles, en base a ellos se definieron los intervalos de clase para expresar las distintas intensidades en la distribución espacial, la selección de quintiles permite obtener intervalos de clase con la misma cantidad de unidades espaciales^{3,23}. Esta distribución espacial fue representada cartográfica y analíticamente.

b. Los problemas de salud y su lugar de atención

La atención de la salud fue analizada a partir de información relevada de la población atendida por problemas crónicos de salud en los 13 centros de salud públicos de Bariloche. Aunque formalmente la cobertura pública en Argentina es universal, la población que utiliza los servicios públicos de salud es aquella que no cuenta con otra cobertura (privada o de la seguridad social). En Bariloche el sistema público de salud es responsabilidad de la provincia: conformado por el Hospital Zonal Bariloche y 15 centros de salud bajo su dependencia, 13 de ellos ubicados en las distintas zonas de la ciudad y 2 en localidades aledañas.

Fue relevada información de cada uno de los 13 centros de salud urbanos y de la población mayor a 18 años que tuvieran registro de diabetes o HTA como problema de salud, y que se encontraran bajo seguimiento clínico en dichos establecimientos y hubieran consultado entre 2010 y 2015. Fueron relevadas las historias clínicas de las personas encontradas en dicha población, excluyendo las historias clínicas donde las personas presentaron menos de 3 consultas en total, debido a que en estos casos no pudieron ser relevados en forma completa los datos necesarios para la investigación.

Para mejorar la calidad de los registros se realizó un record linkage determinístico²⁶, entre la base de

datos de los individuos atendidos en los centros de salud y las bases de datos de los egresos hospitalarios entre 2005 y 2015 del Hospital Zonal Bariloche. Esto nos permitió complementar datos faltantes de los problemas de salud estudiados, la especificidad de los diagnósticos y de situaciones de internación omitidas en la historia clínica del centro de salud.

Fueron definidos los siguientes aspectos de las personas con diabetes y/o HTA: edad, hombres (hombres en relación al total de mujeres y hombres), viven solas, cambio de peso (entre el inicio del seguimiento y el último control registrado), inmigrantes (personas nacidas en otro país), alcoholismo (con problemas actuales o previos con el alcohol), tabaquismo (actuales o pasados), presencia o ausencia de enfermedades (enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, enfermedad renal crónica, enfermedad cardíaca hipertensiva y pie diabético).

Fueron tomados ambos problemas de salud (diabetes e HTA) en conjunto por ser ambos importantes factores asociados a las enfermedades cardiovasculares estudiadas.

c. Asociación entre condiciones de vida y los problemas de salud

Cada individuo fue georreferenciado de manera automatizada en el QGIS mediante la geocodificación con el OpenStreetMap. Esto se complementó mediante la ubicación manual de los domicilios cuando la dirección no coincidía exactamente o cuando no pudieron ser georreferenciados, lo cual representó el 8,8% (72 individuos). Esto permitió georreferenciar a todos los individuos. Finalmente fue imputado el radio censal correspondiente a cada uno. Con esta información se analizó la distribución espacial la relación entre lugares de atención y domicilios de los individuos, y se relacionó problemas de salud con condiciones de vida, calculando las proporciones para cada una de las zonas con distintas condiciones de vida representada gráficamente mediante equiplots.

Para los análisis se utilizaron los siguientes software: Excel® 2013, QGIS® versión 3.8 y STATA® versión 13.0.

Aspectos éticos

Este trabajo ha sido aprobado por el Comité de Ética del Hospital Zonal Bariloche y por la Comisión de Ética de la Investigación de la Universidad Nacional de Lanús. Se protegió la confidencialidad de las personas según la Ley de Protección de los datos personales N° 25.326 y la Ley de Secreto Estadístico N° 17.622.

RESULTADOS

Mediante el análisis factorial se seleccionaron indicadores de los hogares y de los individuos para caracterizar las condiciones de vida, estos se categorizaron en zonas, se analizó su distribución en el espacio y su relación con la distribución de los centros de salud, los individuos allí atendidos y sus problemas de salud.

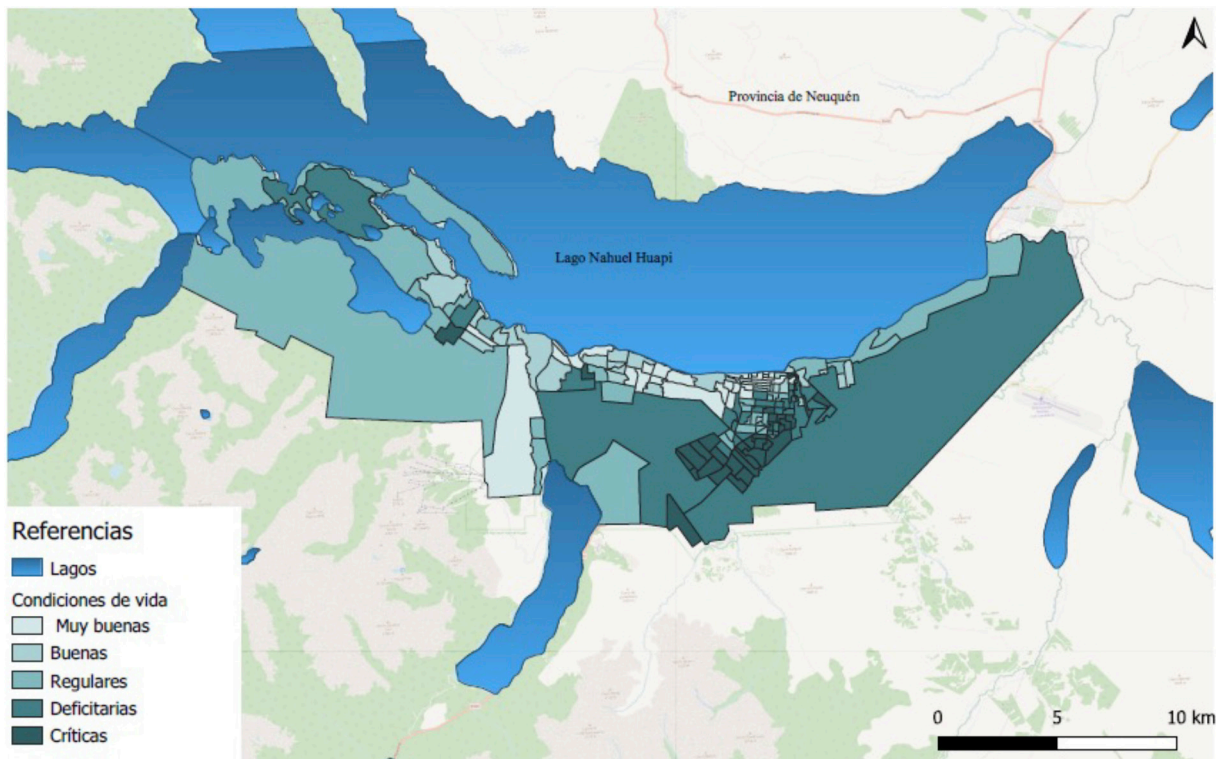
a. Condiciones de vida de la población de la ciudad de Bariloche

A partir del análisis factorial fueron definidos tres factores que explicaron casi el 80% de la variación total. El primer factor explicó el 52,3% de la misma y estuvo conformado por los siguientes indicadores: calidad constructiva de la vivienda, calidad de los materiales, calidad de conexión a servicios básicos, hacinamiento, educación y desocupación. El segundo factor explicó el 15,0% de la varianza y estuvo conformado por la densidad poblacional y población adulta mayor; el tercero explicó el 12,5% y estuvo conformado por la proporción de inmigrantes y de personas que viven solas.

Para cada indicador que conformó el primer factor fue calculado un score con la suma de sus valores estandarizados (puntaje z). Estos fueron representados espacialmente (Figura 1) en cinco estratos (quintiles), donde un color más oscuros representa peores condiciones de vida. Las áreas más claras corresponden a la zona que bordea al Lago Nahuel Huapi desde el centro de la ciudad hacia el oeste, zona que corresponde a barrios residenciales, zonas con condiciones muy buenas y buenas. Las zonas más oscuras se corresponden con áreas de condiciones de vida deficitarias y críticas, ubicadas al sur de la ciudad, conocida como "el alto" y otras con discontinuidad y contraste hacia el oeste.

Observamos una gran brecha en el comportamiento de los indicadores que caracterizan las diferentes zonas de la ciudad (Tabla I). A modo de ejemplo, en las zonas con condiciones socioeconómicas muy buenas el 0,8% en promedio de las viviendas tienen calidad constructiva insuficiente, en cambio en las zonas crítica dicho promedio es de 32,8%. Es importante destacar que casi la mitad (47,6%) de la población de la ciudad vive en vecindarios con condiciones de vida deficitarias y críticas (53.897 personas).

Figura 1: Distribución de los vecindarios según condiciones de vida. Bariloche, Río Negro. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del censo de población, hogares y viviendas (20).

Nota:

Condiciones de vida: score elaborado en base al primer factor del análisis factorial, con los siguientes indicadores: calidad constructiva de la vivienda, calidad de los materiales, hacinamiento, educación y desocupación (Anexo 1).

Tabla 1: Agrupamiento de los vecindarios según condiciones de vida. Población total de Bariloche y población con diabetes e HTA atendida en los centros de salud públicos. Año 2010.

	Muy buenas (score -5,4 a -4,3)	Buenas (score -4,2 a -2,4)	Regulares (score -2,3 a -0,4)	Deficitarias (score -0,3 a 4,1)	Críticas (score 4,0 a 19,1)
Nº individuos de la localidad de Bariloche	18.692	16.846	23.677	24.690	29.207
Nº vecindarios de Bariloche	34	30	32	33	31
Nº individuos con diabetes y/o HTA	10	-	71	221	518
Nº vecindarios de la población bajo estudio ^a	1	-	6	11	18
Media score de los vecindarios	-4,7	-3,6	-1,5	1,6	8,6
Media de calidad constructiva insuficiente (%)	0,8	2,7	5,9	13,6	32,8
Media de la calidad de conexión a servicios básicos insuficiente (%)	2,4	6,5	13,7	18,1	39,2
Media de baja calidad de los materiales (%)	0,6	1,8	3,8	8,8	18,9
Media de hacinamiento (%)	0,4	0,6	1,3	3,1	8,1
Media bajo nivel educativo ^b (%)	2,1	3,1	6,0	10,0	14,2
Media de desocupación (%)	3,3	4,9	6,8	8,1	11,9

Fuente: elaboración propia en base a datos del censo 2010 (20).

Notas:

Condiciones de vida en base al análisis factorial.

Media: fue calculada la media del % para cada indicador de los vecindarios que componen cada zona.

^a Población bajo estudio: personas con diabetes y/o HTA atendidas en los centros de salud públicos.

^b Proporción de personas mayores a 14 años con primaria incompleta o menos

b. Distribución espacial de la atención sanitaria en centros de salud públicos

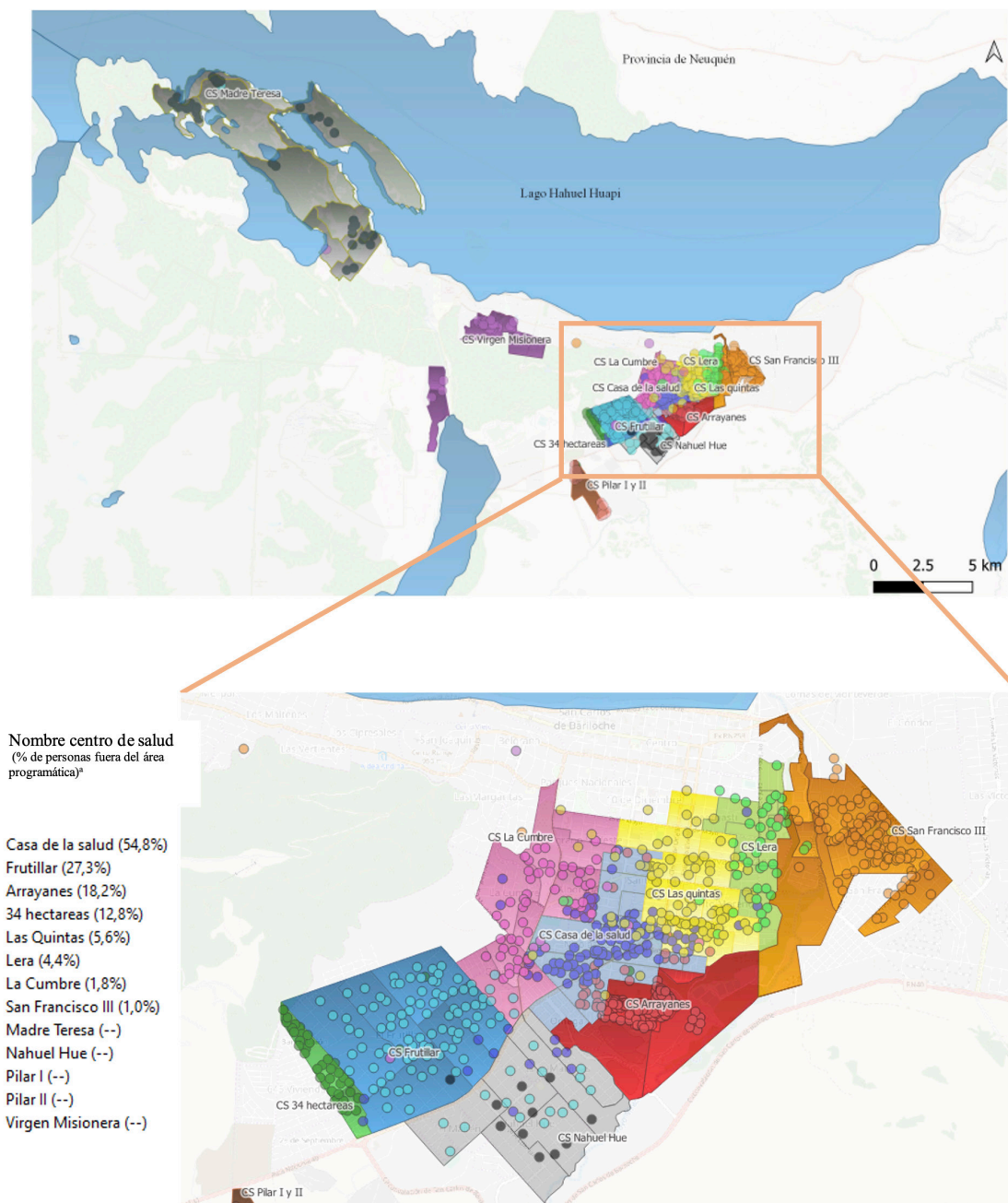
Si bien los centros de salud presentan características comunes (horario de atención, prácticas realizadas, presencia de programas sanitarios nacionales y provinciales, conformación interdisciplinaria de los equipos de salud, priorización de la atención de los menores de 2 años y embarazadas), cada uno presenta sus particularidades en relación a la organización de la atención. Cada equipo de salud define como organiza la entrega de los turnos, como organiza las historias clínicas, si emplean como modalidad de abordaje el trabajo con grupos coordinados por el equipo de salud (como complemento de la atención médica individual).

Fueron georreferenciados los individuos atendidos en los centros de salud públicos; los diferentes colores representados en la Figura 2 representan los distintos establecimientos donde los individuos fueron atendidos. En general, alrededor de cada centro de salud se observan similares colores distribuidos en el espacio,

lo que evidencia una relación espacial entre el lugar donde fueron atendidos y los domicilios. Sin embargo, en la zona de mayor concentración de puntos no es tan clara esta relación, ya que se entrecruzan distintos colores mostrando una mayor variabilidad entre los domicilios y los lugares de atención, vinculado a la mayor disponibilidad de centros de salud en esa zona. En total un 16,5% (135) de los individuos concurren a centros de salud ubicados fuera del área programática de cada establecimiento; en dicha zona este valor es mayor al 50%.

En cambio, la distribución de los centros de salud en la zona oeste de la ciudad es muy distinta: hay dos establecimientos muy distantes entre sí (aproximadamente 13 km); algunos individuos que se atienden allí provienen de vecindarios muy distantes del centro de salud, lo que resulta en mayores áreas programáticas. Además, dichos centros de salud están insertos en zonas con mayor heterogeneidad en sus condiciones de vida: zonas precarias rodeadas de zonas con condiciones muy buenas.

Figura 2: Distribución espacial de los individuos con diabetes y/o hipertensión arterial según el lugar donde viven y donde fueron atendidos. Bariloche, Río Negro. Años 2014-2015



Fuente: elaboración propia.

Nota: Cada punto corresponde a un individuo; los distintos colores representan los distintos centros de salud donde fueron atendidos. Las zonas coloreadas representan las áreas de influencia de cada centro de salud.

^aEl porcentaje entre paréntesis representa la proporción de individuos atendidos en cada centro de salud pero que viven un área programática de otro establecimiento. El orden de los centros de salud es según ese porcentaje.

c. Distribución espacial de los problemas de salud de personas atendidas en centros de salud públicos

A cada individuo estudiado y georreferenciado en la figura 2 se le imputó la zona generada del score a partir del macheo entre el valor de la zona y su radio censal. De esta manera relacionamos condiciones de vida de la ciudad con la atención en el sistema público de salud. Así, un 63,2% (518) de las personas atendidas en los centros de salud por problemas crónicos viven en zonas críticas, en contraste con el 1,2% (10) que viven en zonas de condiciones muy buenas; no hubo individuos atendidos que estuvieran viviendo en zonas con condiciones de vida buenas (Tabla II).

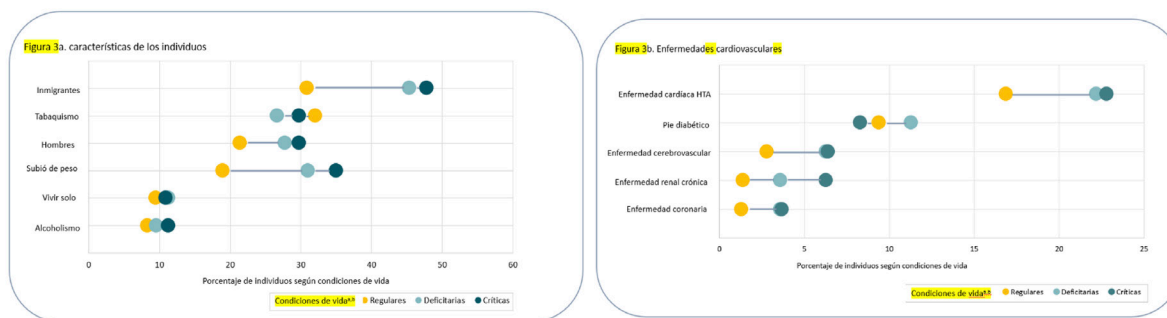
El equiplot de la figura 3a muestra un gradiente entre los vecindarios con condiciones regulares a críticas, donde se encuentran viviendo casi la totalidad de la población estudiada (98,8%) en relación con caracte-

terísticas de los individuos estudiados: la proporción de inmigrantes, de personas con problemas con el alcohol, la edad, el aumento de peso, la proporción de hombres y de personas que viven solas (Figura 3a).

Al analizar en el equiplot donde se representó cada enfermedad cardiovascular (Figura 3b), para la mayoría (salvo para Pie diabético) se observa el mismo gradiente, donde a medida que empeoran las condiciones de vida en los vecindarios (de regulares a críticas), mayor es la proporción de individuos con estas enfermedades.

En ambos casos se observa proporciones similares entre el grupo que viven en vecindarios con condiciones de vida deficitarias y críticas, más distante de las personas que viven en vecindarios con condiciones regulares.

Figura 3: Porcentaje de individuos con diferentes características según categorías de condiciones de vida. Bariloche. Río Negro



Notas:

a. Condiciones de vida definidas en base a un score elaborado mediante análisis factorial, el cual comprende los siguientes indicadores: calidad constructiva de la vivienda, calidad de los materiales, hacinamiento, educación y desocupación.

b. El porcentaje fue calculado en base a la cantidad de individuos en cada categoría: 71 individuos en zonas regulares, 221 en zonas deficitarias y 518 en zonas críticas para todas las características salvo para *enfermedad cardíaca hipertensiva* donde se excluyen los individuos que no tienen hipertensión (65, 189 y 451 individuos respectivamente) y para pie diabético se excluyen los que no tienen diabetes (32, 106 y 205 individuos respectivamente).

Fuente: Elaboración propia en base a datos del censo 2010²⁰ y relevamiento de las historias clínicas y egresos hospitalarios.

Tabla 2: Características de los individuos y enfermedad cardiovascular según las zonas con distintas condiciones de vida de Bariloche, Río Negro. 2014-2015

	Muy buenas (n=10) ^a	Buenas (n=0) ^a	Regulares (n=71)	Deficitarias (n=221)	Críticas (n=518)	Total (n=820)
Características de los individuos						
Inmigrantes [% (n)]	3	-	31,0 (22)	44,3 (98)	48,0 (249)	45,5 (372)
Viven solas [% (n)]	-	-	7,0 (5)	11,3 (25)	11,2 (58)	10,7 (88)
Alcoholismo [% (n)]	6	-	5,6 (4)	12,2 (27)	11,0 (57)	11,5 (94)
Tabaquismo [% (n)]	5	-	32,4 (23)	29,4 (65)	29,7 (154)	30,1 (247)
Hombres [% (n)]	6	-	21,1 (15)	29,9 (66)	29,0 (150)	28,9 (237)
Subió de peso [% (n)]	2	-	18,3 (13)	29,4 (65)	35,5 (184)	32,5 (264)
Cambio de peso (media) ^b	-2,9	-	-1,6	-0,9	0,6	-0,1
Edad (media) ^b	56,6	-	59,6	60,9	61,5	61,1
Frecuencia de cada enfermedad cardiovascular [% (n)]						
Enfermedad cerebrovascular ^c	-	-	2,8 (2)	6,3 (14)	6,4 (33)	6,0 (49)
Enfermedad renal crónica ^c	1	-	1,4 (1)	3,6 (8)	6,3 (22)	3,9 (32)
Enfermedad coronaria ^c	-	-	1,4 (1)	3,6 (8)	3,7 (19)	3,4 (28)
Pie diabético ^d	-	-	9,4 (3)	11,3 (12)	8,3 (17)	9,2 (32)
Enfermedad cardíaca hipertensiva ^e	1	-	16,9 (11)	22,2 (42)	22,8 (103)	22,1 (157)

Fuente: elaboración propia en base las historias clínicas, egresos hospitalarios y a datos del censo.

Notas: n representa la cantidad de individuos con diabetes y/o HTA que viven en cada zona.

^a En las zonas con condiciones muy buenas y buenas no fueron calculados porcentajes debido a la baja cantidad de individuos.

^b Media para cada zona. Media del total: media calculada con el valor de cada uno de los 820 individuos estudiados.

^c porcentaje calculado en relación a los individuos con diabetes y/o HTA.

^d porcentaje calculado en relación a los individuos con diabetes.

^e porcentaje calculado en relación a los individuos con HTA.

DISCUSIÓN

El análisis espacial nos permitió relacionar la distribución de aspectos sociales con problemas de salud y con su atención, donde distribuciones desiguales del espacio se transforman en desigualdades en salud. Partiendo de analizar dicha distribución espacial desigual, se discutirá la importancia de estudiar pequeñas áreas, las limitaciones y fortalezas de este tipo de estudios, la relación entre el acceso a la atención y las condiciones de vida con problemas de salud; finalmente la relación entre modos de vivir y de enfermar.

Desigualdades en el espacio: relación entre las condiciones de vida y los problemas de salud

Como fue presentado, y en consonancia con otras investigaciones^{27,28}, la ciudad estudiada presenta una distribución desigual de las condiciones de vida de su población, pero como resultado del presente trabajo podemos sumar otros aspectos al interior de este análisis.

Primero, el marcado gradiente observado entre los vecindarios en todos los indicadores analizados para definir las condiciones de vida. Segundo, la gran brecha observada entre los vecindarios con condiciones de vida muy buenas y críticas. Y tercero, al ubicar en el espacio a la población estudiada, observamos que

la mayoría vive en las zonas con peores indicadores socioeconómicos, con altos porcentajes de viviendas con condiciones materiales muy precarias y con una población con menores posibilidades económicas. Esto no es llamativo teniendo en cuenta la ubicación estratégica de los centros de salud públicos en zonas con mayor vulneración social, siendo que el subsistema público prioriza la atención de dicha población. Pero es importante destacar que ante una peor condición de vida, mayor es la cantidad de personas atendidas en los centros de salud. Además, encontramos una relación entre problemas de salud y condiciones de vida: ante peores condiciones de vida, mayores son los problemas de salud.

La importancia (y la dificultad) de estudiar pequeñas áreas. Fortalezas y limitaciones.

Existen diferentes publicaciones que indagan la relación entre ECV y desigualdades sociales²⁹. Pero tanto en Latinoamérica como en la región patagónica argentina estas investigaciones son más recientes y escasas³⁰, más aún aquellas investigaciones que analizan la distribución espacial de las desigualdades al interior de las ciudades, siendo más frecuentes las que comparan grandes áreas (como países o regiones). Este nivel de agregación oculta diferencias que se ponen de manifiesto cuando se desagregan indicadores en unidades espaciales más pequeñas⁷.

Por otro lado, la mayoría de las publicaciones que estudian pequeñas áreas analizan la distribución espacial de muertes por enfermedades cardiovasculares en ciudades³¹⁻³⁴ y son más escasas investigaciones donde se estudia la distribución de enfermedad. Esto se debe, en parte, a dificultades en el acceso a datos de enfermedad, los cuales se encuentran incompletos, fragmentados, de baja calidad y dificultades en su validez, "atrapados en distintos formatos de números y letras".¹⁴ Existe información sanitaria en menores escalas de agregación, como hacia el interior de una ciudad, pero habitualmente no está sistematizada. Por lo cual fue necesario reconstruirla a partir de diversas fuentes de información.

Esto fue posible ya que fuentes de información como los registros médicos presenta fortalezas para estudiar problemas crónicos en relación con su uso para estudiar agudos, por la complejidad de los problemas estudiados y por la necesidad de seguimiento^{35,36}. A pesar de esto, fueron empleadas diferentes estrategias: record linkage entre fuentes de información para complementar información y mejorar su calidad, y se usaron historias clínicas de centros de salud, las cuales

presentan mejor completitud, disponibilidad y acceso (en relación con las historias clínicas hospitalarias).

Pero una limitación de los estudios locales de pequeñas áreas es la baja cantidad de personas y eventos. Esto no nos permitió emplear otras técnicas de visualización espacial como heatmaps o realizar análisis ajustados.

Una fortaleza de este trabajo fue la incorporación de distintas dimensiones de análisis espacial: características de los vecindarios, de la atención de la salud y su relación con problemas de salud. Estos representan aspectos que no son habitualmente analizados en conjunto para el estudio de problemas crónicos como las ECV.

Las desigualdades espaciales, las diferencias en el acceso y en las condiciones de vida

La población estudiada pertenece a vecindarios con las condiciones de vida más desfavorables de la ciudad; este recorte oculta desigualdades posiblemente visibilizadas si hubiésemos incluido sectores socioeconómicos más favorecidos, así la brecha real entre poblaciones permanece oculta, ya que priorizamos estudiar la desigualdad dentro de la desigualdad. Aun así pudimos visibilizar gradientes de enfermedad en este subgrupo desfavorecido y centrar el análisis en individuos que viven en zonas de la ciudad con peores condiciones de vida. Este trabajo nos permitió identificar grupos y zonas críticas, lo cual puede ser útil para el diseño de intervenciones e insumo para el diseño de políticas públicas, tanto a nivel de la ciudad estudiada, como para otras construcciones semejantes del espacio. Identificar la complejidad inherente al nivel local la cual no es captada de manera adecuada por estudios de grandes áreas¹⁹.

Por otro lado, aspectos que aseguren el acceso a la salud (y su continuidad en el tiempo) tendrán impacto en estas enfermedades crónicas. Configurando la dimensión geográfica del acceso a la salud podemos problematizar dos dimensiones en las distribuciones espaciales encontradas. Por un lado, la relación entre la ubicación de los centros de salud y la distribución según condiciones de vida de la ciudad, donde se observa una correlación entre las zonas con peores condiciones de vida y la ubicación de los centros de salud. Posiblemente vinculado, como fue dicho, a su ubicación estratégica, buscando acercar distancias espaciales ante otras distancias sociales que dicha población tiene. Por el otro, la relación entre las diferencias espaciales del lugar donde los individuos estudiados viven y el lugar donde se atienden, con

heterogeneidades observadas en dichas relaciones. La elección del lugar de atención podría vincularse a distintas dimensiones, como una menor distancia a recorrer, una búsqueda por transitar zonas con menores dificultades topográficas y facilidades en el transporte público, selecciones basadas en la pertenencia con determinados equipos de salud, en modalidades de atención, en preferencias personales, entre otras.

Vínculos en los modos de vivir y de enfermar

Distintas son las posibilidades de elección de los distintos grupos sociales, distintos los equipos de salud que los atienden, distinta es su condición socioeconómica, distinta su posibilidad de inserción territorial. En una ciudad de la norpatagonia argentina, los procesos de migración, inserción y ubicación territorial son claves en la conformación de su espacio. Se entrelazan así tensiones culturales y políticas, diferencias en los factores que llevan a los procesos de migración (sean laborales, políticos, familiares o mejoras en la calidad de vida), aspectos presentes en el destino (acceso a la tierra y la vivienda), distintas redes sociales de sostén, diferentes políticas estatales respecto al mercado del suelo urbano y de la vivienda^{37; 21}.

Así se constituyen estos espacios urbanos, contextos no libres de conflictos, donde conviven en el mismo espacio grupos de diversos orígenes culturales, étnicos y sociales. Esto influye en la apropiación del espacio y en los modos de vida que adoptan los individuos y los conjuntos sociales. Pertenecer a una u otra área implicará la posibilidad o la imposibilidad de acceder a niveles relativos de satisfacción de necesidades materiales e inmateriales, las cuales tienen que ver con la calidad de vida, la calidad y funcionalidad de la educación, la realización por medio del trabajo, la calidad del medio ambiente, entre otros elementos³⁸.

Hemos visualizado como se entrelazan y encuentran en el espacio poblaciones que viven bajo condiciones de vida más desfavorables con una mayor proporción de problemas y aspectos vinculados a la salud. Entonces, esta configuración se construye con la historia local, en los encuentros y desencuentros entre diferentes al interior del espacio urbano; con expresiones, magnitudes e intensidades particulares, distintas a las estudiadas en ciudades de mayor tamaño²¹. Las personas no son solamente habitantes de determinado lugar; son también productoras, consumidoras y miembros de una clase social, que ocupa un lugar específico en el espacio³⁹.

Estas diferencias se van escribiendo en el cuerpo de los individuos a lo largo de su vida, se expresan

en aspectos individuales y biológicos (como puede ser un valor de tensión arterial o de glucemia), los cuales no son más que la constancia de las relaciones sociales expresadas en distintas formas de sufrir, de enfermar, de buscar atención y de morir.

Los fenómenos se dan en contextos que son cada vez más amplios. La historia que ocurre en un determinado lugar, no se restringe a los límites de ese lugar, va mucho más allá. Cada lugar combina de manera particular aspectos que pueden ser comunes a muchos lugares⁴⁰. Existe una relación entre el nivel global y el nivel local, conjuntamente esenciales para comprender el Mundo y el Lugar: lo que sucede localmente está referido, en última instancia, al acontecer mundial, pero adquiere particularidades en lo local. Los distintos acontecimientos reproducen una totalidad, son complementarios y se explican entre sí; cada evento es fruto de Mundo y Lugar al mismo tiempo³⁸.

Agradecimientos: A Andrés Trotta (ISCo-Universidad Nacional de Lanús, Argentina), Usama Bilal (Universidad de Drexel, EEUU) y Claudia Medina Coeli (Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil) por sus aportes para la elaboración final de este artículo durante la defensa de la tesis doctoral. A las y los trabajadores del Hospital Zonal Bariloche por su colaboración en el acceso de los datos. A Nora Baccalá por sus aportes en la elaboración del artículo.

Financiamiento: La primera autora recibió una beca doctoral por parte del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), años 2013-2019. Este artículo fue elaborado en el marco de la tesis ("Enfermedad cardiovascular en contextos de desigualdad") para el Doctorado en Salud Colectiva (UNLa).

Declaración de conflicto de intereses

Ninguna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNPF. State of World Population 2007. Unleashing the Potential of Urban Growth. Nueva York; 2007. [consultado 9 jul 2020]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/695_filename_sowp2007_eng.pdf
2. Fleischer NL, Diez Roux AV, Alazraqui M, Spinelli H, De Maio F. Socioeconomic gradients in chronic disease risk factors in Middle-Income Countries: Evidence of Effect Modification by Urbanicity in Argentina. *Am J Public Health*. 2011;101(2):294-301. doi: 10.2105/AJPH.2009.190165

3. Diez Roux V, Stein MS, Arnett D, Chambless L, Masing M, Nieto J, et al. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med*. 2001;345(2):99-106. 10.1056/NEJM200107123450205
4. Smith GD, Hart C, Watt G, Hole D, Hawthorne V. Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley study. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:399-405. 10.1136/jech.52.6.399
5. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analysis of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(2):111-22. doi: 10.1136/jech.55.2.111
6. Barreto ML. Desigualdades en Salud: una perspectiva global. *Cien Saude Colet*. 2017;22(7): 2097-2108. doi: 10.1590/1413-81232017227.02742017
7. Alazraqui M, Spinelli H. Desigualdades en salud en el nivel local/municipal. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2008.
8. Czeresnia D, Ribeiro MA. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cad Saude Publica*. 2000 jul-set;16(3):595-617. doi: 10.1590/s0102-311x2000000300002
9. Santos M. Por una nueva geografía. Madrid: Espasa Caple; 1990.
10. Costa MdCN, Teixeira MdGLC. A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. *Cad Saude Publica* [Internet]. 1999 [consultado 9 jul 2020];15(2):271-279. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0312.pdf>
11. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2011 [consultado 9 jul 2020];37(2):136-144. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n2/spu07211.pdf>
12. Urquía ML. Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología. Colección Cuadernos del ISCo. Remedios de Escalada: EDUNLA;2019. [consultado 9 jul 2020]. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/1/2/5-2>
13. Almeida-Filho N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografía anotada. Serie de documentos técnicos. Washington; DC; 1999.
14. Spinelli H. Condiciones de Salud y Desigualdades Sociales: historias de iguales, desiguales y distintos. En: Souza Minayo MC, Coimbra CE, editors. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [Internet]; 2005. p. 315-331. [consultado 9 jul 2020]. Disponible en: <https://static.scielo.org/scielobooks/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920.pdf#page=304>
15. Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini Filho A, Dachs N. Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1975-1995). *Am J Public Health*. 2003;93(12):2037-2043. [consultado 2020 jul 9]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448147/pdf/0932037.pdf>
16. Prabhakaran P, Ajay VS, Prabhakaran D, Gottumukkalak AK, Shrihari JS, Snehi U, et al. Global Cardiovascular Disease Research Survey. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50(24):2322-8. doi: 10.1016/j.jacc.2007.08.040
17. Testa M, Silva Paim. Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim. *Salud Colectiva* [Internet]. 2010 [consultado 9 jul 2020];6(2):211-227. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n2/v6n2a07.pdf>
18. Iñiguez Rojas L. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cad Saude Publica*. 1998;14(4): p. 701-711. 10.1590/s0102-311x1998000400012
19. Spinelli H, Urquía M, Bargalló ML, Alazraqui M. Equidad en salud: teoría y praxis. Seminarios Salud y Política Pública. CEDES [Internet]. 2002 [consultado 2020 jul 9] ;8. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3874/1/SSPP200208.pdf>
20. INDEC (Argentina). Base de datos RADATAM. [Internet]. Buenos Aires: Serie Base de datos Censo 2010; 2013. [consultado 9 jul 2020]. Disponible en: https://redatam.indec.gov.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&_ga=2.126142093.1060614443.1545933805-1570010036.1545933805
21. Matossian B. Derecho a la ciudad en San Carlos de Bariloche: inserción residencial y política de inmigrantes. *Revista Universitaria de Geografía* [Internet]. 2015 [consultado 9 jul 2020];24(1):11-39. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/reuge/v24n1/v24n1a02.pdf>
22. Navarro Floria P, Vejsberg L. El proyecto turístico barilocheño antes de Bustillo. Entre la prehistoria del Parque Nacional Nahuel Huapi y el desarrollo local. *Estudios y Perspectivas en Turismo* [Internet]. 2009 [consultado 9 jul 2020];18:414-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/eypt/v18n4/v18n4a04.pdf>

23. Buzai GD. Mapas Sociales Urbanos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2014.
24. Garamendia ML. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2007 [consultado 9 jul 2020];11(2):57-65. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/46548310.pdf>
25. INDEC (Argentina). Base de datos RADATAM. Definiciones de la base de datos [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2013. [consultado 21 abr 2021]. Disponible en: <https://redatam.indec.gov.ar/redarg/CENSOS/CP-V2010rad/Docs/base.pdf>
26. Olivera GP, Bierrenbach ALdS, Camargo KJ, Coeli CM, Pinheiro RS. Accuracy of probabilistic and deterministic record linkage: the case of tuberculosis. Rev Saude Publica. 2016; 50(49). doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006327
27. Abaleron CA. Difusión espacial de la pobreza y destrucción del patrimonio natural, las dos caras de una misma moneda. Eure [Internet]. 1995 [consultado 9 jul 2020];21(64):61-74. Disponible en: <http://www.eure.cl/index.php/eure/article/view/1149/250>
28. Matossian B. Lógicas residenciales y migraciones en San Carlos de Bariloche: un abordaje desde la interseccionalidad. Pilquen [Internet]. 2016 [consultado 9 jul 2020];19(2):113. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/spilquen/v19n2/v19n2a01.pdf>
29. Tang K, Rashid R, Godley J, Ghali WA. Association between subjective social status and cardiovascular disease and cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. 2016 [consultado 9 jul 2020];6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800117/pdf/bmjopen-2015-010137.pdf>
30. Fleischer NL, Diez Roux AV. Inequidades en enfermedades cardiovasculares en Latinoamérica. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2013 [consultado 9 jul 2020];30(4):641-648. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n4/a17v30n4.pdf>
31. Gomez Barroso D, Prieto Flores E, Mellado San Gabino A, Moreno Jimenez A. Análisis espacial de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la ciudad de Madrid, España. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2015 [consultado 9 jul 2020];89(1):27-37. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000100004>
32. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H, Guevel C. Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2007 [consultado 9 jul 2020];21(1):1-10. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n1/a01v21n1.pdf>
33. Muller E, Aranha S, Roza W, Gimeno S. Distribuição espacial da mortalidade por doenças cardiovasculares no Estado do Paraná, Brasil: 1989-1991 e 2006-2008. Cad Saude Publica. 2012;28(6):1067-77. doi: 10.1590/s0102-311x2012000600006
34. Périssé G, Medronho R, Escosteguy C. Espacio Urbano y la Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón en Adultos Mayores en Rio de Janeiro. Arq Bras Cardiol. 2010;94(4):463-71. 10.1590/s0066-782x2010005000009
35. Schpillberg M, Pedemera F, Luna D, Rodriguez G, Figar S, Soriano E, et al. Validez y confiabilidad de una Historia Clínica Electrónica para el registro de problemas de los pacientes. Anales JAIIO [Internet]. 2002 [consultado 9 jul 2020];31. Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/servicios_attachs/4521.pdf
36. Almeida Filho N, Rouquayrol Z. Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
37. Matossian B. División social del espacio residencial y migraciones. El caso de San Carlos de Bariloche, Argentina. Eure [Internet]. 2015 sept [consultado 9 jul 2020];41:163-184. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/eure/v41n124/art08.pdf>
38. Santos M. A natureza do espaço. Técnica e Tempo [Internet]. Razão e Emoção São Paulo: Huittec; 1997. [consultado 9 jul 2020]. Disponible en: http://files.leadt-ufal.webnode.com.br/200000026-4d5134e4ca/Milton_Santos_A_Natureza_do_Espaco.pdf
39. Santos M. O Espaço do Cidadão. São Paulo: Edusp; 2002.
40. Santos M. Metamorfoses do espaço habitado, fundamentos teórico e metodológico da geografia. São Paulo: Huittec; 1988.

Anexo 1. Indicadores relevados a nivel de los hogares y de la población a nivel vecindarios.

Indicadores referidos a los hogares	
Nombre del indicador	Definición operacional
Calidad de conexión a servicios básicos insuficiente	<p>Porcentaje de viviendas con instalaciones para el saneamiento insuficientes (procedencia del agua y tipo de desagüe cloacal).</p> <p>Calidad satisfactoria: refiere a las viviendas que disponen de agua a red pública y desagüe cloacal.</p> <p>Calidad básica: describe la situación de aquellas viviendas que disponen de agua de red pública y el desagüe a pozo con cámara séptica.</p> <p>Calidad insuficiente: engloba a las viviendas que no cumplen ninguna de las 2 condiciones anteriores</p>
Baja calidad de los materiales de pisos y techos	<p>Porcentaje de viviendas cuya con baja calidad (calidad IV) de los materiales con el que están construidos los pisos y los techos.</p> <p>Calidad I: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos tanto en el piso como en techo; presenta cielorraso</p> <p>Calidad II: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos tanto en el piso como en el techo. Y techos sin cielorraso o bien materiales de menor calidad en pisos.</p> <p>Calidad III: la vivienda presenta materiales poco resistentes y sólidos en techo y en pisos.</p> <p>Calidad IV: la vivienda presenta materiales de baja calidad en pisos y techos.</p>
Calidad constructiva de la vivienda insuficiente	<p>Porcentaje de viviendas cuyos materiales con los que está construida la vivienda y las instalaciones internas a servicios básicos (agua de red y desagüe) son insuficientes</p> <p>Calidad satisfactoria: refiere a las viviendas que disponen de materiales resistentes, sólidos y con la aislación adecuada. A su vez también disponen de cañerías dentro de la vivienda y de inodoro con descarga de agua.</p> <p>Calidad básica: no cuentan con elementos adecuados de aislación o tienen techo de chapa o fibrocemento. Al igual que el anterior, cuentan con cañerías dentro de la vivienda y de inodoro con descarga de agua.</p> <p>Calidad insuficiente: engloba a las viviendas que no cumplen ninguna de las 2 condiciones anteriores</p>
Hacinamiento crítico	Porcentaje de hogares donde viven tres o más personas por cuarto.
Hogares de una sola persona	Porcentaje de hogares con una persona.
Indicadores referidos a la población	
Bajo nivel educativo	Porcentaje de población mayor a 14 años con primaria incompleta o menos.
Adultos mayores	Porcentaje de población de 65 años y más
Desocupados	Porcentaje de población desocupada dentro de la población económicamente activa
Inmigrantes	Porcentaje de población nacida en otro país
Densidad poblacional	Cantidad de habitantes por km ²

Fuente:
INDEC (25)